

خشونت‌های محیط کار علیه پرستاران شاغل بیمارستان‌های آموزشی خرم‌آباد و رفتارهای مقابله‌ای آن‌ها در وقایع خشونت‌آمیز

رضا حسین آبادی^۱، شورانگیز بیرانوند^۲، خاطره عنبری^۳، حشمت حیدری^۴

تاریخ دریافت 1392/02/15 تاریخ پذیرش 1392/04/13

چکیده

پیش زمینه و هدف: خشونت محیط کار به عنوان یک معضل بهداشتی در حرفه پرستاری مطرح است. این پژوهش با هدف تعیین میزان مواجهه پرستاران با انواع خشونت‌ها و واکنش‌های مقابله‌ای آن‌ها در وقایع خشونت‌آمیز انجام شده است.

مواد و روش کار: این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود که کلیه پرستاران شاغل در بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۰ به روش سرشماری وارد مطالعه شدند. پرسشنامه استفاده شده در پژوهش شامل سؤالاتی در رابطه با مشخصات فردی، شغلی، شیوع چهار نوع خشونت شغلی (فیزیکی، کلامی، نژادی و جنسی)، واکنش‌های مقابله‌ای پرستاران و عوامل مستعد کننده خشونت محل کار بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم افزار SPSS16 و آمار توصیفی میانگین، فراوانی مطلق و نسبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بیشترین نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران خشونت کلامی بود که به ترتیب از جانب بیماران یا همراهان آن‌ها (۷۸/۵٪)، مسئول مافوق (۴۶/۲٪) و همکاران درمانی (۴۳/۱٪) اعمال شده بود و کمترین میزان خشونت از نوع جنسیتی بود. مؤثرترین واکنش مقابله‌ای فراخواندن نگهبانی بود و بسیاری از واکنش‌های مقابله‌ای استفاده شده توسط پرستاران بی تأثیر یا کم تأثیر بود.

بحث و نتیجه گیری: یافته‌ها نشان دهنده شیوع بالای خشونت علیه پرستاران و استفاده پرستاران از واکنش‌های مقابله‌ای ناموثر بود. لذا توسعه برنامه‌های آموزشی با هدف توانمندسازی پرستاران در مدیریت وقایع خشونت‌آمیز ضروری است.

کلید واژه‌ها: پرستاری، خشونت محل کار، خشونت شغلی، رفتاری‌های مقابله‌ای

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره یازدهم، شماره پنجم، پی در پی 46، مرداد 1392، ص 351-362

آدرس مکاتبه: خرم‌آباد، کیلومتر ۴ جاده خرم‌آباد - بروجرد، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی لرستان، تلفن: ۰۶۶۱-۶۲۰۰۱۴۰

Email: Shorangizbiranvand@yahoo.com

مقدمه

پیشنهاد گزینه‌های درمانی و یا حتی گوش دادن به سخنان بیماران نیستند. بسیاری از این بیماران به دلیل ترس از مضایقه مراقبت و درمان مناسب از جانب پزشک جرئت سرزنش و شکایت از وی را ندارند. در این میان پرستاران به عنوان قشری از درمان که در خط اول تماس با عموم مردم قرار دارند مورد سرزنش قرار گرفته و قربانی می‌شوند (۴). ساعات کار طولانی، شلوغی بیمارستان، درخواست‌های مکرر بیماران، نیاز بیماران به توجهات اختصاصی و قرار گرفتن مکرر در معرض رفتارهای خشن و تهاجمی گاه‌آ‌منجر به واکنش‌های عصبی و غیر منطقی پرستاران و همین‌طور بیماران و همراهان می‌شود طوری که زمینه اعمال خشونت

خشونت شغلی پدیده‌ای پیچیده و در عین حال یک معضل جهانی است که شیوع آن پیوسته در حال افزایش است (۱) به طوری که توجه بسیاری از مدیران، سازمان‌های دولتی، قانونی و مراکز علمی را به خود جلب کرده است (۲). خشونت در همه مشاغل وجود دارد با این حال برخی مشاغل از جمله پرستاری بیشتر در معرض خشونت قرار دارند (۳). امروزه افزایش توقعات بیماران و خانواده‌هایشان به حدی است که آن‌ها به دنبال آنچه خودشان درمان مناسب می‌پندارند، هستند و پزشکان نیز چندان علاقمند به دادن اطلاعات صحیح در مورد بیماری و روند درمان،

^۱ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

^۲ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، دکترای پزشکی اجتماعی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

^۴ مربی، کارشناس ارشد پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی لرستان

فراهم می‌گردد(۵). مطالعات انجام شده در بسیاری از کشورهای جهان به میزان بالای خشونت علیه پرستاران اذعان دارند(۶).

مطالعه‌ای که در سال ۲۰۱۰ که توسط انجمن پرستاران اورژانس صورت گرفت بیشتر از نیمی از پرستاران بخش قربانی خشونت فیزیکی و کلامی شده بودند و یک نفر از هر ۴ نفر در طی سه سال گذشته بیشتر از ۲۰ بار مورد تهاجم قرار گرفته بودند(۷). بر اساس گزارش انجمن بین‌المللی پرستاران شیوع خشونت‌های شغلی در حرفه پرستاری به حدی است که پرستاران خشونت را جزء لاینفک حرفه خود می‌پندارند(۸). علیرغم آمارهای ارائه شده در منابع به نظر می‌رسد شمار خشونت‌ها بسیار بیشتر از این باشد چرا که تعریف استاندارد از آزارهای غیر فیزیکی وجود ندارد(۹) و وقایع خشونت آمیز به احتمال زیاد، کمتر گزارش می‌شوند(۱۰). خشونت تأثیرات منفی فیزیکی، عاطفی و روانی خشونت بر فرد قربانی دارد که برخی از آن‌ها شامل خستگی، استرس، اختلالات خواب، سردردهای مداوم یا متناوب و کاهش اعتماد به نفس می‌باشد(۱۱). اثرات منفی خشونت روی سازمان شامل کاهش بهره‌وری و نقصان در ارائه خدمت، تأثیر منفی بر اخلاقیات پرسنل، غیبت و از دست رفتن روزهای کاری، محدود شدن و یا تعدیل وظایف افراد (ثانویه به صدمه)، چالش‌های استخدام و بی‌اعتمادی به مدیریت سازمان می‌باشد(۱۲، ۱۳). پرستارانی که مورد خشونت قرار می‌گیرند تمایل بیشتری به ترک حرفه پرستاری یا تغییر محل کار خود را دارند (۱۱). از آنجا که ارتباط با بیمار جزء اساسی مراقبت پرستاری است بروز خشونت در محیط کار مانع ارتباط موثر درمانی می‌شود و کیفیت مراقبت‌های پرستاری را تحت تأثیر قرار می‌دهد(۱۴) و سبب می‌شود که پرستار به منظور اجتناب از رفتارهای تهدید کننده نقش حمایتی خود را نادیده گرفته و وقت کمتری را با بیمار سپری نماید و حتی از وی دوری کند لذا نیازهای بیمار بی پاسخ مانده و ممکن است ایمنی وی به خطر افتد(۱۵).

علیرغم مطالعات انجام شده هنوز میزان دقیق خشونت علیه پرستاران مشخص نشده است همچنین مرور منابع شیوع خشونت در کشورها و فرهنگ‌های گوناگون را متفاوت نشان می‌دهد و آمار ارائه شده در نقاط مختلف ایران نیز موید این مطلب است(۵، ۱۶، ۱۷). در مطالعات انجام شده در ایران علاوه بر تفاوت شیوع خشونت علیه پرستاران، به واکنش‌های مقابله‌ای مورد استفاده توسط پرستاران و میزان تأثیر این واکنش‌ها کمتر اشاره شده است و این در حالی است که در وقایع خشونت آمیز به دلیل تأکید بر حقوق بیمار، حق پرستار در اکثر موارد نادیده گرفته می‌شود و

سیستم حمایتی یا پیگیری جدی علیه خشونت وجود ندارد لذا در حال حاضر تنها ابزار مورد استفاده پرستاران همین واکنش‌های مقابله‌ای هستند و اگر این واکنش‌ها ناموثر باشند خسارات جبران ناپذیری به پرستاران وارد خواهد شد. لذا این مطالعه با هدف تعیین میزان شیوع خشونت، انواع واکنش‌های مقابله‌ای پرستاران در موارد اعمال خشونت و میزان تأثیر این واکنش‌ها انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه توصیفی مقطعی بود. نمونه پژوهش همان جامعه پژوهش و شامل کلیه پرستاران شاغل در چهار بیمارستان آموزشی شهر خرم آباد بود که به روش سرشماری همه آن‌ها (۴۲۳ نفر) مورد مطالعه قرار گرفتند. نمونه‌ها از هر دو جنس و شامل پرستاران و بهیاران شاغل در همه بخش‌ها جز اتاق عمل با حداقل یک سال سابقه کاری در مرکز درمانی بود. ابزار جمع‌آوری داده‌ها در این تحقیق شامل فرم مشخصات فردی اجتماعی که پاره‌ای از اطلاعات نظیر، سن، جنس، عنوان شغلی، تحصیلات، سنوات خدمت، بخش محل خدمت، شیفت کاری، نوع استخدام، سمت، تعداد شیفت در ماه، و تعداد بیمارانی که پرستاران در هر شیفت با آن‌ها برخورد داشتند و پرسشنامه خود گزارشی خشونت بود که در مطالعات قبلی از آن استفاده شده بود. این پرسشنامه با اندکی تغییر در ابزار تهیه شده توسط سازمان بهداشت جهانی برای جمع‌آوری اطلاعاتی از وقوع انواع خشونت‌های فیزیکی، کلامی، جنسیتی، نژادی، مرتکب شوندگان خشونت، واکنش پرستاران و سازمان به خشونت، عوامل مستعد کننده بود که در مطالعات قبل مورد استفاده قرار گرفته و روایی و پایایی ابزار تایید شده بود(۱۸). جهت پایایی ابزار از روش باز آزمایی در یک مطالعه مقدماتی استفاده شد. ضریب همبستگی بین سؤالات بار اول و دوم که به فاصله یک هفته پر شده بود ۰/۹۷ بر آورد شده بود (۱۸). ابتدا پژوهشگر پس از ارائه معرفی‌نامه پژوهش به مدیریت بیمارستان‌های آموزشی شهر خرم آباد و کسب اجازه، پرسشنامه‌های مربوطه را بین همکاران پژوهشی توزیع نموده و در رابطه با معیارهای ورود به پژوهش، ملاحظات اخلاقی و نحوه پر نمودن پرسشنامه توضیحات لازم به آن‌ها داده شد. پرسشنامه بین پرستارانی که معیار ورود به مطالعه را داشتند، توزیع شد و در خصوص سؤالات و نحوه پر نمودن پرسشنامه توضیحات لازم توسط پرسشگرها به آن‌ها داده شد. پس از تکمیل، پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و با استفاده از نرم افزار SPSS₁₆ و آمار توصیفی میانگین، فراوانی مطلق و نسبی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

از ۵۵۰ پرسشنامه توزیع شده تعداد ۴۲۳ (۸۴/۶٪) نفر پرسشنامه را تکمیل نمودند. میانگین سنی پرستاران $31/4 \pm 7/4$ سال بود. ۸۳ درصد آن‌ها زن و بقیه مرد بودند. ۹۴/۸ درصد پرستار و مدرک کارشناسی و ۵/۲ درصد بهیار بودند. از نظر وضعیت استخدامی، ۶۰/۸ درصد واحدهای مورد مطالعه رسمی یا پیمانی بودند و از نظر شیفت کاری نیز ۷۳ درصد شیفت چرخشی داشتند.

۲/۳ درصد شرکت کنندگان سرپرستار و ۱/۹ درصد سوپروایزر بودند. میانگین سنوات کاری در افراد شرکت کننده در مطالعه $\pm 6/9$ سال بود. کم‌سابقه‌ترین ۱ سال و پرسابقه‌ترین آن‌ها ۳۰ سال سابقه داشت. میانگین تعداد شیفت‌ها در ماه $\pm 6/9$ تا $\pm 29/5$ شیفت بود. میانگین تعداد بیمارانی که در هر شیفت با آن‌ها برخورد داشتند $11/3 \pm 15/6$ بیمار بود (جدول ۱).

جدول شماره (۱): توزیع فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب متغیرهای فردی و شغلی

متغیرها	فراوانی	مطلق (تعداد)	نسبی (درصد)
سن	۱۹-۲۹	۱۹۲	۵۰
	۳۰-۳۹	۱۲۶	۳۲/۸
	۴۰-۴۹	۵۸	۱۵/۱
	>۵۰	۸	۲/۱
جمع			
جنس	مرد	۷۲	۱۷
	زن	۳۵۱	۸۳
	جمع	۴۲۳	۱۰۰
شغل	بہیار	۲۲	۵/۲
	پرستار	۴۰۰	۹۸/۴
	جمع	۴۲۲	۱۰۰
تحصیلات	دیپلم	۱۹	۴/۵
	لیسانس	۳۹۸	۹۴/۸
	فوق لیسانس	۳	۰/۷
جمع			
استخدام	رسمی، پیمانی	۲۵۴	۶۰/۸
	قراردادی	۵۵	۱۳/۴
	طرحی	۱۰۸	۲۵/۸
	جمع	۴۱۷	۱۰۰
شیفت	صبح	۸۲	۱۹/۸
	عصر	۱۸	۴/۳
	شب	۱۲	۲/۹
	چرخشی	۳۰۳	۷۳
جمع			
سمت	بہیار	۱۹	۴/۵
	پرستار	۳۸۳	۹۱/۱
	سرپرستار	۱۰	۲/۳
	سوپروایزر	۸	۱/۹
	جمع	۴۲۰	۱۰۰

جدول شماره (۲): فراوانی انواع خشونت علیه پرستاران بر حسب منابع اعمال خشونت

نوع خشونت	فراوانی		مافوق		همکار درمانی		بیمار و همراهان	
	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)	تعداد	(درصد)
فیزیکی	۲۹	۶/۹	۲۴	۵/۸	۱۱۳	۲۷/۲		
کلامی	۱۸۸	۴۶/۱	۱۷۷	۴۳/۲	۳۱۸	۷۸/۵		
نژادی	۵۱	۱۲/۶	۵۹	۱۴/۶	۷۷	۱۹/۵		
جنسیتی	۱۲	۳/۱	۱۰	۲/۵	۲۴	۴/۶		

پرستاران جنسی و شاید بهتر بتوان گفت جنسیتی بود که بیشتر از جانب بیماران و همراهان آن‌ها (۶/۴٪) و پس از آن از سوی مسئول مافوق (۳/۱٪) و همکاران درمانی (۲/۵٪) اعمال می‌شد (جدول ۲). یافته‌های مربوط به فراوانی تکرار انواع خشونت در جدول ۳ ارائه شده است و بیانگر این است که خشونت‌ها اغلب به صورت اتفاقی رخ داده‌اند.

یافته‌های مربوط به منابع اعمال خشونت نشان داد که بیشترین خشونت اعمال شده از سوی مسئولین مافوق توسط سرپرستاران (۵۳٪) اتفاق می‌افتد. در بین همکاران درمانی، همکاران پرستار (۴۸/۵٪) بیشترین میزان خشونت را مرتکب شده بودند و بیشترین مرتکب شوندگان خشونت علیه پرستاران بیماران و همراهان بیمار (۵۸/۵٪) و سپس همراهان بیمار (۳۵/۴٪) و در نهایت بیماران (۶/۱٪) بودند (جدول ۴).

۱۲/۱ درصد پرستاران در بخش‌های اورژانس، ۲۲/۴ درصد در بخش‌های ویژه، ۲۲/۱ درصد در بخش‌های جراحی، ۲۳/۷ درصد در بخش‌های داخلی ۸/۷ درصد در بخش‌های کودکان، ۵/۴ درصد در بخش‌های اعصاب و روان و ۲/۶ درصد شرکت کنندگان در دفتر پرستاری مشغول به خدمت بودند. یافته‌ها نشان داد بیشترین نوع خشونت اعمال شده علیه پرستاران خشونت کلامی و به ترتیب از سوی بیماران یا همراهان آن‌ها (۷۸/۵٪)، مسئول مافوق (۴۶/۲٪) همکاران درمانی (۴۳/۱٪) اعمال می‌شد. پس از خشونت کلامی بیشترین فراوانی اعمال انواع خشونت علیه پرستاران خشونت فیزیکی (۲۷/۲٪) توسط بیماران و همراهان آن‌ها بود. خشونت نژادی با فراوانی ۱۹/۵ درصد، ۴/۶ درصد و ۱۲/۶ درصد به ترتیب توسط بیماران و همراهان آن‌ها، مسئول مافوق و همکاران درمانی اعمال شده بود. در این مطالعه کمترین نوع اعمال خشونت علیه

جدول شماره (۳): فراوانی تکرار انواع خشونت علیه پرستاران

نوع خشونت	فیزیکی		کلامی		نژادی		جنسی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
مافوق	۳	۱۰/۳	۱۶	۸/۵	۹	۱۷/۶	-	-
	۳	۱۰/۳	۲۲	۱۱/۷	۸	۱۵/۷	۲	۱۶/۷
	۳	۱۰/۳	۲۷	۱۴/۴	۶	۱۱/۸	۲	۱۶/۷
	۲۰	۶۹	۱۲۳	۶۵/۴	۲۸	۵۴/۹	۲	۱۶/۷
همکار درمانی	-	-	۵	۲/۸	۶	۱۰/۲	-	-
	۴	۱۶/۷	۱۴	۷/۹	۹	۱۵/۳	۱	۱۰
	۳	۱۲/۵	۳۳	۱۸/۶	۹	۱۵/۳	۳	۳۰
	۱۷	۷۰/۸	۱۲۵	۷۰/۶	۳۵	۵۹/۳	۶	۶۰
بیمار و همراهان	۹	۸	۴۱	۱۲/۹	۹	۱۱/۴	۲	۸/۳
	۱۱	۹/۷	۵۲	۱۶/۴	۱۲	۱۵/۲	۱	۴/۲
	۱۱	۹/۷	۵۶	۱۷/۶	۱۲	۱۵/۲	۸	۳۳/۳
	۸۲	۷۲/۶	۱۶۹	۵۳/۱	۸	۳۳/۳	۱۳	۵۴/۲

جدول شماره (۴): فراوانی منابع اعمال خشونت علیه پرستاران

منبع خشونت	فراوانی		فراوانی نسبی
	تعداد	درصد	
خشونت توسط ما فوق	مترون	۴۴	۲۴/۱
	سوپروایزر	۴۲	۲۲/۹
	سرپرستار	۹۷	۵۳
جمع	۱۸۳	۱۰۰	
خشونت توسط همکاران	پزشک	۲۰	۱۴/۷
	مسئول شیفت	۳۵	۲۵/۷
	سایر کادر پرستاری	۶۶	۴۵/۵
	پرستل آزمایشگاه، رادیولوژی	۱۵	۱۱/۱
جمع	۱۳۶	۱۰۰	
خشونت توسط بیمار و همراهان	خشونت توسط بیمار و همراهان	۱۹۲	۵۸/۵
	همراهان بیمار	۱۱۶	۳۵/۴
	بیمار	۲۰	۶/۱
جمع	۳۲۸	۱۰۰	

همچنین نتایج آزمون کای اسکوتر ارتباط معنی‌داری بین فراوانی انواع خشونت نشان نداد (جدول ۵). در حالی که جنس و فراوانی انواع خشونت نشان نداد (جدول ۵). در حالی که

فراوانی خشونت کلامی اعمال شده توسط بیمار و همراهان به طور معنی‌داری در بهیاران بیشتر از پرستاران بود. (جدول ۶)

جدول شماره (۵): فراوانی منابع خشونت کلامی علیه پرستاران به تفکیک جنس

منابع اعمال خشونت کلامی	جنس	بلی		خیر		کل		df	P-Value	خی دو
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
مسئول مافوق	مرد	۲۴	۳۶/۹	۴۱	۶۳/۱	۶۵	۱۰۰	۱	۰/۱	۲/۶۰۸
	زن	۱۶۴	۴۷/۸	۱۷۹	۵۲/۲	۳۴۳	۱۰۰			
همکاران درمانی	مرد	۲۶	۳۸/۲	۴۲	۶۱/۸	۶۸	۱۰۰	۱	۰/۳۶	۰/۸۰۹
	زن	۱۵۱	۴۴/۲	۱۹۱	۵۵/۸	۳۴۲	۱۰۰			
بیمار و همراهان	مرد	۵۵	۸۵/۹	۹	۱۴/۱	۶۴	۱۰۰	۱	۰/۱۱	۲/۴۸۰
	زن	۲۶۳	۷۷/۱	۷۸	۲۲/۹	۳۴۱	۱۰۰			

جدول شماره (۶): فراوانی منابع خشونت کلامی علیه پرستاران به تفکیک شغل

منابع اعمال خشونت کلامی	شغل	بلی		خیر		کل		df	P-Value	خی دو
		تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد			
مسئول مافوق	بهیار	۹	۳۹/۱	۱۴	۶۰/۹	۲۳	۱۰۰	۱	۰/۴۹	۰/۴۷۴
	پرستار	۱۷۹	۴۶/۵	۲۰۶	۵۲/۵	۳۸۵	۱۰۰			
همکاران درمانی	بهیار	۱۰	۴۵/۵	۱۲	۵۴/۵	۲۲	۱۰۰	۱	۰/۸۲	۰/۰۴۹
	پرستار	۱۶۷	۴۳	۲۲۱	۵۷	۳۸۸	۱۰۰			
بیمار و همراهان	بهیار	۲۱	۹۵/۵	۱	۴/۵	۲۲	۱۰۰	۱	۰/۰۴۷	۳/۹۵۶
	پرستار	۲۹۷	۷۷/۵	۸۶	۲۲/۵	۳۸۳	۱۰۰			

جدول شماره (۶): فراوانی منابع خشونت کلامی علیه پرستاران به تفکیک سن

P	df	کای ۲	خیر		بلی		رده سنی	منابع اعمال خشونت کلامی
			درصد	تعداد	درصد	تعداد		
۰/۰۱۷	۳	۱۰/۲۱۷	۵۵/۷	۱۱۲	۴۲/۴	۷۲	۲۵ <	مسئول مافوق
			۲۷/۴	۵۵	۳۹/۴	۶۷	۳۵-۲۵	
			۱۵/۹	۳۲	۱۴/۷	۲۵	۴۵-۳۵	
			۱	۲	۳/۵	۶	>۴۵	
۰/۰۰۶	۳	۱۲/۳۲۳	۵۶/۲	۱۱۸	۳۹/۴	۶۳	۲۵ <	همکاران درمانی
			۲۸/۶	۶۰	۳۹/۴	۶۳	۳۵-۲۵	
			۱۴/۳	۳۰	۱۷/۵	۲۸	۴۵-۳۵	
			۱	۲	۳/۸	۶	>۴۵	
۰/۰۰۲	۳	۱۴/۸۱۵	۶۹/۷	۵۳	۴۵/۲	۱۳۱	۲۵ <	همکاران درمانی
			۲۱/۱	۱۶	۳۴/۵	۱۰۰	۳۵-۲۵	
			۷/۹	۶	۱۷/۹	۵۲	۴۵-۳۵	
			۱/۳	۱	۲/۴	۷	>۴۵	

نتایج بررسی عوامل مستعد کننده خشونت علیه پرستاران نشان داد ۶۷ درصد افراد مورد مطالعه مرگ بیماران، ۶۴/۷ درصد ازدحام بیش از حد محیط کار و ۶۷/۵ درصد دیر حاضر شدن پزشک بر بالین بیمار را به عنوان بیشترین عوامل مستعد کننده خشونت علیه پرستاران ذکر نمودند و تنها ۳۲/۵ درصد پرستاران

بی توجهی به بیمار و خانواده وی، ۳۴/۴ درصد مصرف دارو یا مواد توهم زا و ۳۷/۴ درصد نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت را به عنوان عامل مستعد کننده خشونت علیه پرستاران عنوان کردند (جدول ۷).

جدول شماره (۷): فراوانی عوامل مستعد کننده خشونت پیشنهاد شده توسط پرستاران

نوع عامل	فراوانی عامل مستعد کننده						جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
مصرف دارو یا مواد توهم زا	۱۴۵	۳۴/۴	۲۷۷	۶۵/۶	۴۲۲	۱۰۰	درصد
نبود امکانات امنیتی	۲۴۵	۵۸/۱	۱۷۷	۴۱/۹	۴۲۲	۱۰۰	درصد
مرگ بیماران	۲۸۶	۶۷/۸	۱۳۶	۳۲/۲	۴۲۲	۱۰۰	درصد
نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت	۱۵۸	۳۷/۴	۲۶۴	۶۲/۶	۴۲۲	۱۰۰	درصد
بی توجهی به بیمار و خانواده وی	۱۳۷	۳۲/۵	۲۸۵	۶۷/۵	۴۲۲	۱۰۰	درصد
ازدحام بیش از حد در محیط کار	۲۷۳	۶۴/۷	۱۴۹	۳۵/۳	۴۲۲	۱۰۰	درصد
شلوغی و سر و صدای زیاد محیط کار	۲۱۳	۵۰/۵	۲۰۹	۴۹/۵	۴۲۲	۱۰۰	درصد
وجود بیماری روانی در فرد مهاجم	۱۶۷	۳۹/۶	۲۵۵	۶۰/۴	۴۲۲	۱۰۰	درصد
دیر حاضر شدن پزشک بر بالین بیمار	۲۸۴	۶۷/۵	۱۳۷	۳۲/۵	۴۲۲	۱۰۰	درصد

بیشترین واکنش مقابله‌ای پرستاران در موارد وقوع خشونت به ترتیب دعوت به آرامش (۸۴/۱٪)، فرا خواندن نگهبانی (۷۷/۹٪)، گزارش به مافوق (۶۶/۸٪) و دفاع از خود (۶۳/۲٪) بود. بی تفاوت بودن (۶۰/۶٪)، در میان گذاشتن با همکاران (۶۰/۱٪)، وانمود کردن به اینکه اتفاقی نیفتاده (۵۷/۲٪) و در میان گذاشتن با دوستان و

خانواده (۴۸/۶٪) از دیگر واکنش‌های مورد استفاده توسط پرستاران بود. در رابطه با میزان تأثیر واکنش‌های مقابله‌ای پرستاران نتایج نشان داد ۹۲/۹ درصد پرستارانی که درخواست غرامت کرده‌اند، ۱۰۰ درصد کسانی که از نظام پرستاری درخواست کمک نموده بودند، ۸۴ درصد کسانی که مقابله به مثل نموده

بودند، ۷۶/۵ درصد کسانی که پیگیری قانونی کرده بودند و ۷۶/۳ درصد کسانی که در جستجوی مشاوره بر آمده بودند اقدام خود را بی تأثیر یا کم تأثیر گزارش نمودند. در حالی که خبر کردن نگهبانی در هنگام وقوع خشونت را در ۴۵ درصد موارد

جدول شماره (۸): فراوانی و میزان تأثیر واکنش‌های مقابله‌ای به کاربرده شده توسط پرستاران

نوع واکنش مقابله‌ای	میزان تأثیر		بی اثر یا کم اثر		متوسط اثر		موثر		بسیار موثر		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد درصد
مقابله به مثل	۲۱۰	۸۴	۲۶	۱۰/۴	۱۱	۴/۴	۳	۲/۱	۲۵۰	۱۰۰	
دعوت مهاجم به آرامش	۱۱۲	۳۳/۵	۷۶	۲۲/۷	۱۱۴	۳۴	۳۳	۹/۹	۳۵۵	۱۰۰	
اقدام نکردن	۱۷۱	۶۶/۹	۴۷	۱۸/۴	۳۳	۱۲/۹	۵	۲	۲۵۶	۱۰۰	
گزارش به مافوق	۱۳۵	۴۷/۸	۴۹	۱۷/۴	۷۱	۲۵/۲	۲۷	۹/۶	۲۸۲	۱۰۰	
دفاع از خود	۱۶۷	۶۲/۶	۴۴	۱۶/۵	۴۲	۱۵/۸	۱۴	۵/۲	۲۶۷	۱۰۰	
در میان گذاشتن با یکی از همکاران	۱۲۹	۵۰/۸	۵۶	۲۲	۵۴	۲۱/۳	۱۵	۵/۹	۲۵۴	۱۰۰	
وانمود نمودن به اینکه اتفاقی نیفتاده	۱۳۹	۵۷/۲	۵۳	۲۱/۸	۳۸	۱۵/۶	۱۳	۵/۳	۲۴۳	۱۰۰	
فرا خواندن نگهبانی	۷۷	۲۳/۴	۶۷	۲۰/۴	۱۴۸	۴۵	۳۷	۱۱/۲	۳۲۹	۱۰۰	
در میان گذاشتن با دوستان و خانواده	۱۳۵	۶۵/۹	۳۱	۱۵/۱	۳۰	۱۴/۶	۹	۴/۴	۲۰۵	۱۰۰	
جستجوی مشاوره	۵۸	۷۶/۳	۱۰	۱۱/۳	۷	۹/۶	۲	۲/۸	۷۷	۱۰۰	
پیگیری قانونی	۳۰	۸۳/۳	۳	۸/۳	۲	۵/۵	۱	۲/۷	۳۶	۱۰۰	
درخواست غرامت	۲۲	۷۵/۸	۵	۱۷/۲	۲	۶/۸	-	-	۲۹	۱۰۰	
کمک گرفتن از نظام پرستاری	۲۵	۱۰۰	-	-	-	-	-	-	۲۵	۱۰۰	

بر اساس یافته‌های به دست آمده بیشترین استراتژی پیشنهادی موثر در کاهش خشونت علیه پرستاران ارتقاء کیفیت مراقبت‌ها و محیط کار (۷۶/۴٪)، افزایش امنیت روانی و حمایت قانونی (۷۲٪) و افزایش تعداد پرسنل نگهبانی (۶۶/۸٪) بود (جدول ۹).

جدول شماره (۹): فراوانی انواع استراتژی‌های پیشنهادی جهت کاهش خشونت علیه پرستاران از دیدگاه پرستاران

نوع استراتژی	فراوانی		بلی		خیر		جمع
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد درصد
ارتقاء کیفیت محیط کار	۳۲۱	۷۶/۴	۹۹	۲۳/۶	۴۲۰	۱۰۰	
ثبت وقایع خشونت و ایجاد پرونده برای مهاجمین	۱۷۷	۴۱/۹	۲۴۵	۵۸/۱	۴۲۲	۱۰۰	
غربالگری بیماری با سابقه خشونت	۱۴۴	۳۴/۱	۲۷۸	۶۵/۹	۴۲۲	۱۰۰	
وجود دستورالعمل برای اطلاع عمومی	۱۸۱	۴۲/۹	۲۴۱	۵۷/۱	۴۲۲	۱۰۰	
افزایش تعداد پرسنل نگهبانی	۲۸۲	۶۶/۸	۱۴۰	۳۳/۲	۴۲۲	۱۰۰	
آموزش روش‌های مقابله با خشونت به پرسنل	۱۹۵	۴۶/۲	۲۷۷	۵۳/۸	۴۲۲	۱۰۰	
کاهش تعداد بیماران	۲۰۲	۴۸/۱	۲۱۸	۵۱/۹	۴۲۰	۱۰۰	
افزایش امکانات رفاهی بیماران	۲۶۹	۶۳/۷	۱۵۳	۳۶/۳	۴۲۲	۱۰۰	
افزایش امنیت روانی و حمایت قانونی	۳۰۳	۷۲	۱۱۸	۲۸	۴۲۱	۱۰۰	
کوتاه کردن طول مدت بستری	۱۲۸	۳۰/۳	۲۹۴	۶۹/۷	۴۲۲	۱۰۰	
وجود روانشناس یا روان‌پزشک مقیم	۱۶۱	۳۸/۳	۲۵۹	۶۱/۷	۴۲۰	۱۰۰	
سایر	-	-	۶	۱۰۰	۶	۱۰۰	

بر اساس گزارش پرستاران شرکت کننده در مطالعه در ۲۸/۷ درصد موارد گزارش اعمال خشونت هیچ گونه حمایتی از طرف مسئولین دریافت نکرده بودند. ۴۴/۷ درصد موارد میزان این حمایت ها کم و تنها ۴/۲ درصد پرستاران میزان حمایت مسئولین را زیاد گزارش نمودند.

بحث و نتیجه گیری

در این مطالعه بیشترین خشونت اعمال شده علیه پرستاران از نوع کلامی و کمترین آن ها از نوع جنسیتی بود که با یافته های مطالعه زمانزاده در آذربایجان شرقی مطابقت دارد (۱۸). سلیمی و همکاران و تنگ در پژوهش خود بیشترین میزان خشونت از نوع کلامی و به ترتیب ۹۷/۸ درصد و ۹۲ درصد گزارش نمودند (۱۹)، ۲۰ (که بیشتر از یافته های ما در این پژوهش است. عقلی نژاد و همکاران میزان خشونت روانی از سوی بیماران و همراهان آن ها را ۶۰/۳ درصد گزارش نمودند که کمتر یافته های ما در این پژوهش است (۲۱). پژوهش های انجام شده در سایر کشورها نیز مبین این مطلب است که بیشترین میزان شیوع انواع خشونت مربوط به بد رفتاری کلامی است (۵، ۳، ۲۲، ۲۳). در این مطالعه ارتباط معنی داری بین جنس پرستاران و خشونت کلامی وجود نداشت. در حالی که در مطالعه رفعتی رحیم زاده ارتباط معنی داری بین جنس پرستاران وجود داشت (۱۶). در این مطالعه کمترین میزان انواع خشونت علیه پرستاران نژادی و جنسیتی و توسط بیمار و همراهان بیمار اتفاق افتاده بود. بر اساس اعلام سازمان بهداشت جهانی میزان خشونت نژادی و جنسی در پرتقال به ترتیب ۸ و ۲/۲ درصد، لبنان ۷/۰ و ۱/۸ درصد، بلغارستان ۲/۲ و ۰/۸ درصد و در آفریقای جنوبی ۵/۲۲ و ۴/۷ درصد بوده است (۲۴). با این حال میزان شیوع این دو نوع خشونت نسبت به مطالعات انجام شده در بسیاری از کشورها بالاتر است. در مطالعه زمانزاده و همکاران ۲۰/۷ درصد و ۹/۵ درصد پرستاران به ترتیب خشونت نژادی و جنسی را تجربه کرده بودند (۱۸) که با نتایج ما مطابقت نسبی دارد. در مطالعه پارسا یوسفی و همکاران میزان اعمال خشونت جنسی علیه پزشکان و دانشجویان پزشکی ۷/۴۹ درصد بود و هیچ گونه خشونت نژادی در این مطالعه گزارش نشده بود (۲۵). بنابراین شاید بتوان گفت که پرستاران بیشتر از پزشکان و دانشجویان پزشکی در معرض خشونت نژادی هستند. در مطالعه ما رخداد انواع خشونت ها بیشتر به صورت اتفاقی بود. در مطالعه شوقی تجربه خشونت کلامی در ۱۹/۵ درصد موارد به صورت روزانه، ۲۰/۵ درصد هفتگی و ۲۳۵/۳ ماهانه و تنها در ۲۱/۹ درصد به صورت اتفاقی بود (۱۷). این نتایج نشان دهنده این است که دفعات تکرار خشونت در مطالعه ما بسیار کمتر از مطالعه شوقی

است. در مطالعه وینستلی و ویتینگتون^۱ در سال ۲۰۰۸ میزان تجربه خشونت ۸/۴ درصد روزانه، ۱۷/۳ درصد هفتگی و در ۴۲/۶ درصد موارد اتفاقی بوده است که با نتایج مطالعه ما مطابقت نسبی دارد (۱۵). در مطالعه کامرینو در چند کشور اروپایی ۲۲/۷ درصد پرستاران خشونت شغلی را به صورت مکرر (روزانه، هفتگی و ماهانه) تجربه کرده بودند (۲۶) که با نتایج مطالعه ما مطابقت نسبی دارد.

در این مطالعه بیشترین خشونت اعمال شده به ترتیب توسط بیماران و همراهان (۵۸/۵٪)، سرپرستاران (۵۳٪) و همکاران پرستار (۴۸/۵٪) اعمال شده بود. یافته های مطالعات داخل کشور و سایر کشورها نتایج متفاوتی را در این زمینه گزارش کرده اند. بر اساس مطالعه اوکونل^۲ بیشترین خشونت لفظی به ترتیب توسط پزشکان، مدیران سپس توسط پرستاران و سایر همکاران اعمال شده بود (۲۷). در مطالعه کوکس^۳ بیشترین آزار کلامی علیه پرستاران در درجه اول توسط پزشکان سپس به ترتیب بیماران، خانواده و دوستان آن ها، سوپروایزرها و زبردستان انجام شده بود (۲۸). یافته های این دو مطالعه با یافته های ما مطابقت ندارد.

در بسیاری از مطالعات انجام شده در ایران بیشترین مرتکب شوندگان خشونت، همراهان بیمار و بیماران بودند (۱۶، ۱۷، ۱۸). بر اساس گزارش سازمان جهانی طی سال های ۲۰۰۰ تا ۲۰۰۵ اکثر مهاجمان در انواع خشونت ها بستگان بیمار بوده اند، این یافته ها با یافته های مطالعه ما هم خوانی دارد (۲۷، ۲۹، ۳۰) با این حال در برخی مطالعات از جمله مطالعه مگناویتا و هپونیمی^۴، یو هوا^۵ و پای^۶ اکثر مهاجمین در انواع خشونت ها و به خصوص خشونت لفظی بیماران بوده اند (۳۱، ۳، ۳۲). یکی از علل تفاوت یافته ها در این زمینه می تواند تفاوت های فرهنگی و به خصوص فرهنگ رایج در محیط کار، تفاوت در نوع بررسی یا به عبارتی تفاوت در انواع پرسشنامه های مورد استفاده در این مطالعات باشد. چرا که برخی مطالعات میزان بروز خشونت را به صورت کل مورد بررسی قرار داده اند و برخی مطالعات از جمله مطالعه ما میزان انواع خشونت به تفکیک منبع خشونت شامل خشونت عمودی (اعمال شده از طرف مافوق)، افقی (اعمال شده از طرف همکار) و خشونت اعمال شده از طرف بیمار و همراهان مورد بررسی قرار داده اند. در این مطالعه مرگ بیماران، ازدحام بیش از حد محیط کار و دیر حاضر شدن پزشک بر بالین بیمار به عنوان بیشترین

¹ Winstanley & Whittington

² Oconnell

³ Cox

⁴ Magnavita and Heponiemi

⁵ Yu-Hua

⁶ Pai

مثل و نشان ندادن واکنش در قبال خشونت از واکنش‌های پر کاربرد اما کم تأثیر یا بی تأثیر در مقابله با خشونت بود. اکثر مطالعات صورت گرفته در ایران از جمله مطالعه رحمانی، یوسفی، زمانزاده و اسماعیل پور (۳۴، ۲۵، ۲۳، ۱۸) به واکنش‌های مورد استفاده پرستاران در مقابله با خشونت پرداخته‌اند اما به اینکه که آیا واکنش‌ها موثر واقع می‌شوند یا نه اشاره نکرده‌اند. میزان گزارش انواع خشونت به ما فوق در این مطالعه ۶۶/۸ درصد بود که در ۴۷/۸ درصد موارد گزارش کردن به مافوق را بی اثر یا کم اثر قلمداد کرده بودند. در مطالعه یوسفی میزان گزارش خشونت به مافوق ۲/۰۴ درصد، در مطالعه زمانزاده ۱۵/۲ درصد و در مطالعه اسماعیل پور ۱۵/۶ درصد بود (۲۵، ۲۳، ۱۸) که بسیار کمتر از یافته‌های ما در این پژوهش است. در برخی مطالعات دیگر به این نکته اشاره کرده‌اند که در صورت گزارش خشونت هیچ اقدامی توسط مدیران صورت نمی‌گیرد (۳۴). و این در حالی است بر اساس توصیه انجمن پرستاران اورژانس، پرستاران بایستی تشویق شوند وقایع خشونت آمیز را گزارش نمایند و حمایت‌های لازم پس از وقایع خشونت آمیز بایستی برای آن‌ها انجام پذیرد (۳۵). براساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود مطالعات مداخله‌ای با هدف مدیریت و کنترل خشونت‌های شغلی و یا کاهش خشونت‌های شغلی انجام پذیرد.

یافته‌های این مطالعه نشان‌دهنده شیوع بالای خشونت علیه پرستاران و استفاده پرستاران از واکنش‌های مقابله‌ای ناموثر بود. لذا اقدامات لازم از جمله توسعه برنامه‌های آموزشی با هدف توانمند سازی پرستاران در کنترل و مدیریت وقایع خشونت آمیز ضروری است.

تقدیر و تشکر

از معاونت تحقیقات و فناوری اطلاعات دانشگاه علوم پزشکی لرستان بابت حمایت مالی از طرح و کلیه همکاران و پرستاران شرکت کننده در طرح تشکر و قدردانی می‌شود.

References:

1. Joubert E, Round D, Van Wyk A N. verbal abuse of nurses by physicians in a private sector setting. Curationis 2005;28(3): 39-46.
2. Cox T, Leather P. The prevention of violence at work: Application of a cognitive behavioural theory. International Review of Industrial and Organisational Psychology 1994; 9: 213-45.

عوامل مستعد کننده خشونت علیه پرستاران ذکر گردید. در حالی که زمانزاده و همکاران بیشترین عوامل مستعد کننده خشونت علیه پرستاران را به ترتیب نبودن امکانات امنیتی به موقع، کم بودن نسبت تعداد پرستاران به بیماران و نداشتن برنامه آموزشی برای پیشگیری از خشونت ذکر نموده‌اند (۱۸) و در مطالعه یوسفی نیز نبود امکانات امنیتی به موقع، مرگ بیماران و ازدحام بیش از حد در محیط کار به عنوان موثر ترین عوامل مستعد کننده خشونت در بیمارستان گزارش شده است (۲۵). این نتایج به طور نسبی با یافته‌های ما در این مطالعه تطابق دارد. در این مطالعه بیشترین واکنش مقابله‌ای پرستاران در موارد وقوع خشونت به ترتیب دعوت به آرامش، فرا خواندن نگهبانی، گزارش به مافوق و دفاع از خود بود. این یافته‌ها با نتایج زمانزاده و یوسفی مطابقت دارد (۲۵، ۱۸) با این تفاوت که میزان استفاده از این واکنش‌ها در مطالعه ما به خصوص گزارش به مافوق بیشتر بوده است و دلیل آن می‌تواند حمایت بیشتر مافوق از پرستاران در مطالعه ما باشد چرا که زمانی گزارش به مافوق تکرار می‌شود که اقدام موثری در زمینه مربوط صورت گیرد. بی تفاوتی و نشان ندادن واکنش در مقابل خشونت در این مطالعه (۶۰/۶٪) ممکن است مطرح کننده این فرضیه باشد که آن‌ها خشونت را به عنوان جزئی از حرفه خود پذیرفته‌اند (۳۳) در این مطالعه ۵۹/۲ درصد شرکت کنندگان در مطالعه به نوعی در مقابل انواع خشونت مقابله مثل کرده بودند و ۶۳/۲ درصد شرکت کنندگان از خود دفاع کرده بودند. باید توجه داشت که این‌گونه برخورد با بیمار و خانواده آن‌ها اعتماد متقابل که از ملزومات اساسی در برقراری یک ارتباط درمانی است را خدشه دار نموده و عواقب ناخوشایندی به دنبال خواهد داشت (۳۳). شرکت کنندگان در این پژوهش خبر کردن نگهبانی در هنگام وقوع خشونت را در ۵۵/۲ درصد موارد و دعوت به آرامش در ۴۴ درصد موارد اقدامی موثر قلمداد کرده بودند در حالی که سایر واکنش‌ها به کار گرفته شده در مقابل خشونت را بی تأثیر یا کم تأثیر قلمداد کرده بودند. در این مطالعه دفاع از خود، مقابله به

3. Yu – Hua L, Hsueh – Exhlia U. The impact of Workplace violence on nurses in south Taiwan. intJ Nurs Studi 2005;42(7): 773-6.
4. Chao WH, Hwang SM, Lin CH, Yo HL, Wang LS, Chang CY. The Study of Work Violence Perceived by Nurses in Emergency Unit. Taiwan Nurses Association Taipei 1997; 87.

5. Kwak RP, Law YK, Li KE, Ng YC, Cheung MH, Fung VK, et al. Prevalence of workplace violence against nurses in Hong Kong. *Hong Kong Med J* 2006; 12: 6-9.
6. Bonnie R, Occupational and environmental Health nursing. 2nd Ed. Philadelphia: sunders; 2000.P.703.
7. Gacki-Smith J, Juarez AM, Boyett L, Homeyer C, Robinson L, MacLean SL. Violence against nurses working in US emergency departments. *J Nurs Adm* 2009;39(7-8):340-9.
8. Ray MM, Ream KA. The dark side of the job: Violence in the emergency department. *J Emerg Nurs* 2007; 21 (3): 257-61.
9. Carroll V. Assessing and addressing violence in the acute care setting. *The Kansas Nurse* 1993; 68, 3-4.
10. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nurs Rev* 2001; 48(3): 129-30.
11. Gates DM, Fitzwater E, Mayer U. Violence against caregivers in nursing homes: Expected, tolerated, and accepted. *J Gerontol Nurs* 1999;25(4): 12-22.
12. Mary CM, Workplace Violence in Healthcare Settings | CEU for Nurses | NursingCEU.com | Wild Iris Medical Education [Internet]. [cited 2013 Jul 3]. Available from: http://www.nursingceu.com/courses/356/index_nceu.html
13. Jackson D, Clare J, Mannix J. Who would want to be a nurse? Violence in the workplace—a factor in recruitment and retention. *J Nurs Manag* 2002;10(1): 13-20.
14. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine* 2002;346(22): 1715-22.
15. Winstanley s, Whittington R. Aggression towards health care staff in a Uk general hospital: variation among professions and departments. *J clin nurs* 2004;13 (1): 3-1.
16. Rafati Rahimzadeh M, zabihi A, Hosseini SJ. Nurses counfronting to physical and verbal violence in hospital. *J Tehran School of of nursing* 2012;17(2): 5-11.(Persian)
17. Shoghi M, Sanjari M, Shirazi F, Heidari Sh, Salemi S, Mirzabeigi Gh. Workplace Violence and Abuse Against Nurses in Hospitals in Iran. *Asian Nurs Res* 2008;2(3)184-93.
18. Zamanzadeh V, Soleyman N, Abd E. Nature of violence toward nurses working in hospitals. *Med J Tabriz Univ Med Sci* 2007;29(2): 61-6. (Persian)
19. Salimi J, Azari-Ardi L, Karbaksh-Davari M. Violence toward nursing staff working nonpsychiatric emergency departments. *J Legal Med* 2006; 12: 202-9. (Persian)
20. Tang JS, Chen CL, Zhang ZR, Wang L. Incidence and related factors of violence in emergency departments--a study of nurses in southern Taiwan. *J Formos Med Assoc* 2007; 106(9): 748-58.
21. Aghilinejad M, Nojomi M. Study of prevalence of violence against nurses and related factors. *Razi J Med Sci* 2011;18(86): 49-58. (Persian)
22. Celik SS, Celik Y, Agirbas I, Ugurluoglu O. Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *Int Nurs* 2007; 54: 359-66.
23. Esmailpour M, Salsali M, Ahmadi G, Workplace violence against Iranian nurses working in emergenc departments. *Int Nurs Review* 2011;58(1): 130-7.
24. Martino V, workplace violence in the health sector: Country case studies, 2003. Available at: <http://www.icn.ch/workplace/wp/> (Accessed Oct2005).
25. Yousefi P, Salehi B, Sanginan T. The types and contributing factors of aggression toward physicians and students of medicine in hospitals

- of Arak in 2009. *Arak Med Univ J* 2010; 13(2): 155-64. (Persian)
26. Camerino D, Estryn-Behar M, Conway PM, Johana BI, Heijden MV, Hasselhorn HM. Work-related factors and violence among nursing staff in the European Next study: A longitudinal cohort study. *Int J Nurs Studi* 2008;45: 35-50.
27. Oconnell B, Young J, Brooks J, Hutching J, Lofthouse J. Nurses perceptions of the nature and frequency of aggression in general ward settings and high dependency areas. *J clinic nurs* 2000;9(4): 602-10.
28. Cox H. Verbal abuse nationwide: oppressed group behavior. Part 1. *Nurs Management* 1991; 22(2): 32-5.
29. Pejic A. Verbal abuse: a problem for pediatric nurses. *Pediatr Nurs* 2005;31(4): 271-9.
30. May D, Grubbs L. The extent, nature and precipitating factors of nurse assault among three groups of registered nurses in a regional medical center. *J Emerg Nurs* 2002; 28(1): 11-7.
31. Magnavita N, Heponiemi T. Workplace Violence against Nursing students and nurses: An Italian Experience. *J Nurs Scholarsh* 2011; 43(2): 203.
32. Pai H-S, Lee S. Risk factors for workplace violence in clinical registered nurses in Taiwan. *J Clinical Nurs* 2011; 20: 1405-12.
33. Rahmani A, Dadashzadeh A, Namdar H, Akbari MA, Allahbakhshian A. Physical violence in working environments: Viewpoints of EMT' personnel in East Azerbaijan Province. *Iranian J Nurs Res* 2009; 3(11): 33- 41.
34. Lyneham J. Violence in New South Wales emergency departments. *Aust J Adv Nurs* 2000; 18 (2): 8-17.
35. Kamchuchat C, Chongsuvivatwong V, Oncheunjit S, Yip TW, Sangthong R. Workplace violence directed at nursing staff at a general hospital in southern Thailand. *J Occup Health* 2008;50(2): 201-7.

WORKPLACE VIOLENCE AGAINST NURSES WORKING IN KHORRAMABAD EDUCATIONAL HOSPITALS AND THEIR CONFRONTING BEHAVIORS IN VIOLENT EVENTS

HosseinAbadi R¹, Biranvand SH^{2*}, Anbari KH³, Heidari H⁴

Received: 5 May, 2013; Accepted: 4 Jul, 2013

Abstract

Background & Aims: Workplace violence is considered as a health problem in nursing profession. The aim of this study was to determine nurses behavior meeting to workplace violence and their confronting reactions in violent events.

Materials & Methods: This descriptive-cross-sectional study was conducted on all of nursing staffs of Khorramabad educational hospital in 2011. A questionnaire containing, personal and occupational characteristics, prevalence of four types of occupational violence (Physical, Verbal, Racial and sexual), nurses confronting behavior and violence predisposing factors was used. After collecting, the data were analyzed using descriptive statistics including mean and frequencies by SPSSversion16.

Results: Analysis of the data showed that the most frequent type of violence against nurses was verbal violence committed by patient and their relatives (%78.5), managers (%46.2) and staffs (%43.1) respectively. The least frequent type of workplace violence was the sexual one. Most of the nurses' confronting violent behavior was calling hospital guard, and most of the nurses' confronting behavior was ineffective.

Conclusion: The result showed high prevalence of violence against nursing staffs, and the use of ineffective confronting behavior by nurses. Therefore it is necessary to develop educational program to empower the nursing staff against violent events.

Key words: Nursing, workplace violence, occupational violence, confronting behaviors

Address: Nursing and Midwifery Faculty, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

Tel: (+98) 661 6200140

Email: Shorangizbiranvand@yahoo.com

¹ MSc, Nursing Faculty, Khorramabad School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences;

² MSc, Nursing Faculty, Khorramabad School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran (Corresponding Author)

³ PhD, Faculty of Medicine, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran

⁴ MSc, Nursing Faculty, Khorramabad School of Nursing and Midwifery, Lorestan University of Medical Sciences, Khorramabad, Iran